ACCUEIL PÉRISCOLAIRE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- ENFANT :
Nom : .....
Prénom : .....
Date de naissance : .....
☐ Garçon ☐ Fille

Etablissement : .....

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour.

2- VACCINATIONS *(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)*

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
OU DT Polio				Autres (préciser)	
OU Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.
Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

3- RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour? ☐ OUI ☐ NON
Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants **(boites de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).**
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déja eu les maladies suivantes?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE	SCARLATINE
☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON
COQUELUCHE	**OTITE**	**ROUGEOLE**	**OREILLONS**	
☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	

Allergie : - Asthme : OUI ☐ NON ☐ Médicamenteuses : OUI ☐ NON ☐
- Alimentaires : OUI ☐ NON ☐ Autres : .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (***si automédication le signaler***) : .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :
Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre.**
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc ... Précisez.
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5- RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....
Adresse (pendant le séjour) : .....
.....
Tél. Domicile: .....Port : .....Tél. Bureau : .....
Nom et tél du Médecin traitant (facultatif) : .....

Je soussigné,..... responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : ..... *Signature,*

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES

Coordonnées de l'organisateur du séjour ou au centre de vacances
.....
.....

Observations : .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....